SOLICITUD DE AYUDA PARA ENERGÍA

La Oficina de los Programas de Energía Doméstica analizará su solicitud para TODOS los programas del MEAP y EUSP que correspondan.
Nota: El beneficio de EUSP requiere que usted acepte el programa de Presupuesto de la Cuenta (Budget Billing)

Office of Home Energy Programs OHEP
Your Home Energy Partner

POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN *LETRA DE IMPRENTA*

Por favor, complete el anverso y el reverso de este formulario. Devuelva el formulario completado a la oficina local de OHEP junto con la siguiente documentación:

- Comprobantes de los ingresos brutos recibidos en los últimos 30 días, previos a la fecha en que firmó esta solicitud.
- Prueba de identificación, de domicilio y número de seguro social.
- Una cuenta de luz o gas actual (si usted es la persona responsable del pago de la calefacción).

1. _____ Número del Seguro Social

_____ Teléfono particular

_____ Nombre

_____ Otros teléfonos ☐teléfono celular ☐laboral ☐de un amigo ☐de un familiar

_____ Dirección postal

_____ Su domicilio (si fuera diferente de su dirección postal o si se ha mudado)

_____ Ciudad, Estado, Código Postal

(Marque una opción) ☐ Departamento o vivienda multifamiliar ☐ Dúplex o casas adosadas ☐ Vivienda unifamiliar ☐ Casa rodante

(Marque una opción) ☐ Propietario ☐ Arrendatario* ☐ Inquilino/pensionista*

*Si alquila: ¿Se le ha otorgado una reducción de renta a través de una ayuda HUD o una vivienda subsidiada (Sección 8)? ☐ SÍ ☐ NO

2. ARRENDATARIOS SOLAMENTE: ¿La calefacción está incluida en la renta? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del arrendador o del complejo de apartamentos:_____

Dirección postal del arrendador: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal:_____

Teléfono particular del arrendador: ( ) _____

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Número de ID FED o SS#

_____

Fecha de devolución

_____

3. Complete todos los espacios en blanco debajo pars TODOS los miembros del grupo familiar **(cítes. usted primero)**.

EL NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR ES _____.

Por favor, use las siguientes opciones para "Raza": 1. Afro americano 4. Asiático o de Islas del Pacífico
2. Blanco 5. Nativo americano o nativo de Alaska
3. Hispano 6. Múltiples razas 7. Otro

NOMBRE y APELLIDO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	Fecha Nac. M/D/A	VÍNCULO C/ SOLICITANTE	Sexo M/F	Código Raza	Ciudadano Americano (Sí o No)	Discapacit. (Sí o No)	**Cite todo tipo de ingresos**	Ingresos brutos últimos
1.		/ /	SOLICITANTE						
2.		/ /							
3.		/ /							
4.		/ /							
5.		/ /							
6.		/ /							

(Ver al dorso)

Si existen otras personas viviendo con el grupo familiar, por favor cítelas en una hoja aparte.

4. INFORMACION DE LA COMPAÑÍA ELÉCTRICA **Número del Seguro Social** _____

Mi compañia eléctrica es: _____
Número de cuenta: _____
El titular de la cuenta es: _____
He recibido un aviso de corte de la compañía: ☐SÍ ☐NO Mi servicio está actualmente cancelado: ☐SÍ ☐NO

☐SÍ ☐NO Me gustaría participar en el USPP (Plan de Protección de Servicios Utilitarios) para evitar la baja del servicio si me atraso con mis cuentas. Comprendo que no necesito participar en USPP para recibir beneficios del EUSP. Comprendo también que no se acreditará dinero en mi cuenta, a través del USPP, sino que se me exigirá que efectúe pagos mensuales.
Si usted ha elegido un proveedor de energía alternativo, cite el nombre aquí:

---

5. MARQUE UNA CASILLA PARA LA PRINCIPAL FUENTE DE ENERGÍA DE SU HOGAR

☐Electricidad ☐Gas de red ☐Combustible propano ☐Kerosén ☐Carbón ☐Madera/leña

Mi compañía proveedora de calefacción es: _____

El titular de la cuenta es: _____ **Número de cuenta:** _____

USUARIOS DE GAS DE RED SOLAMENTE:

He recibido un viso de corte de suministro: ☐SÍ ☐NO Mi servicio se encuentra cancelado actualmente: ☐SÍ ☐NO

☐SÍ ☐NO Me gustaría participar en el USPP (Plan de Protección de Servicios Utilitarios) para evitar la baja del servicio si me atraso con mis cuentas. Comprendo que no necesito participar en USPP pars recibir beneficios del EUSP. Comprendo también que no se acreditará dinero en mi cuenta, a través del USPP, sino que se me exigirá que efectúe pagos mensuales.
Si usted ha elegido un proveedor de energía alternativo, cite el nombre aquí:_____

---

6. Otra información

a.) ¿Desea ser remitido al Programa de Ayuda de Ambientación? ☐SÍ ☐NO

b.) Si usted NO quiere registrarse en un programa específico administrado por la ofícina OHEP, por favor indique cual y la causa.

Programa: ☐MEAP ☐EUSP Motivo: _____

---

7. El solicitante o apoderado deben firmer esta solicitud para que pueda ser procesada.

Declaro que la información proporcionada a OHEP/es y/o la (OIG) Oficina del Inspector General verdadera, correcta y completa. Comprendo quo al firmar esta solicitud, se otorga permiso para: 1) que la Oficina de los Programas de Energía Doméstica (OHEP) verifique todos los ingresos del grupo familiar, cuentas bancarias, gastos del hogar, seguros y cualquier otro beneficio; 2) que otras agencias gubernamentales o no gubernamentales entreguen y/o reciban información de OHEP, necesaria para completar esta solicitud; y 3) que mi compañía de gas/luz u otra agencia que brinde servicios o beneficios reciba o entregue información contenida on esta solicitud.
Puede presentarse una apelación para cambiar la decisión de esta solicitud, o en caso de que no se reciba ayuda dentro de un periodo de tiempo razonable. La apelación deberá presentarse dentro de los 15 días de tomada la decisión. La agencia local me explicará cómo presentaria. El "Legal Aid Bureau" (Departamento de asistencia legal) proporciona asesoramiento legal gratuito, llamando sin cargo al 1-800-999-8904. El estado de Maryland tiene una ley anti fraudes. Pueden aplicarse penalidades si no se declara la verdad al solicitar ayuda para pagar los costos de energía doméstica.

⇨ _____
Firmma del solicitante **Fecha**

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Condado	Centro	Fecha recepción	Firma del empleado de admisión	Fecha
No. en HH	Total ingresos	Sub/Hub ☐Sí ☐NO	Firma de la persona que certifica	Fecha
Comentario de empleado				

	MEAP	AYUDA CON CUENTAS EUSP	DEUDAS ATRASADAS EUSP	CÓDIGO DE CRISIS MEAP
CONSUMO ANUAL				
MONTO DEL BENEFICIO				NIVEL DE POBREZA
CODIGO DE DENEGACION				